

SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

La **sexualidad** durante la adolescencia es un aspecto fundamental del desarrollo humano y abarca mucho más que la actividad sexual. Involucra el desarrollo de la **identidad sexual, la comprensión y manejo de las emociones, la formación de relaciones interpersonales saludables**, y la toma de decisiones informadas respecto a la salud sexual y reproductiva.

OMS:

“Se trata de un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo. La identidad de género y roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través del pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales”

Seguimiento y control del niño y el adolescente

Enfoque Integral de Salud Sexual y Reproductiva

El MSP ha implementado un enfoque integral para la salud sexual y reproductiva en adolescentes, que incluye la promoción de derechos sexuales y reproductivos, el acceso a servicios de salud, y la educación sexual integral (ESI).

La ESI está diseñada para proporcionar a los adolescentes la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual, incluyendo la prevención de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS), y la promoción de relaciones saludables y equitativas.



FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

La respiración es un proceso de intercambio gaseoso entre el individuo y el entorno. El proceso tiene tres partes:

- Ventilación pulmonar, es la entrada y salida de aire de la atmósfera a los alvéolos pulmonares.
- Difusión de los gases (oxígeno y dióxido de carbono) entre los alvéolos y los capilares pulmonares.
- Transporte de oxígeno y dióxido de carbono por medio de la sangre y desde las células tisulares.

La ventilación de los pulmones se realiza a través del acto de la respiración (inspiración y espiración)

Cuidados de enfermería en patologías de la piel: Dermatitis

Dermatitis

La dermatitis es una inflamación de la piel que puede manifestarse de diversas maneras, dependiendo de la causa subyacente. Se caracteriza por enrojecimiento, hinchazón, picazón, y a veces, la aparición de ampollas o descamación. Es un término general que abarca diferentes tipos de afecciones cutáneas, como dermatitis atópica, dermatitis de contacto, y dermatitis seborreica.



Cuidados de enfermería en politraumatismos

Introducción

Se define politraumatismo como el daño corporal resultante de un accidente que afecta a varios órganos o sistemas, o el que, aunque solo afecte a un órgano, pone en peligro la vida o la supervivencia sin secuelas del niño. Los traumatismos representan la primera causa de muerte infantil en países desarrollados



Epidemiología

Según los últimos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud, en 2008 en el mundo la mortalidad infantil por traumatismo fue del 27,1% del total, mientras que en Europa murieron más niños por lesiones traumáticas que por la suma de todas las demás enfermedades infantiles (54,50%). El 32% de los niños que sobreviven a un traumatismo tendrán algún tipo de secuela física, sensorial y/o mental con la consiguiente carga sanitaria y social.



Epidemiología

La mortalidad infantil traumática tiene un patrón de distribución bifásico. Más de 2 tercios de las muertes ocurren durante los primeros minutos del accidente, antes incluso de que lleguen los servicios sanitarios, y se deben a lesiones cerebrales, medulares y de los grandes vasos. La única estrategia de actuación a este nivel es la prevención de accidentes y la educación vial. Sin embargo, un 30% de las muertes ocurre en las horas posteriores al accidente. Se deben a hemorragia, hipovolemia e hipoxia y son muertes evitables con una intervención rápida, protocolizada y agresiva.



Cuidados de enfermería en politraumatismos

Valoración Inicial

Evaluación ABCDE Adaptada:

- A: Vía aérea con control cervical (Airway)
- B: Respiración (Breathing)
- C: Circulación (Circulation)
- D: Estado neurológico (Disability)
- E: Exposición y control del ambiente (Exposure)

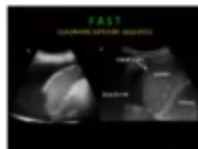
Evaluación Secundaria

- Historia Clínica Pediátrica (AMPLE)
- Examen físico detallado



Cuidados de enfermería en politraumatismos

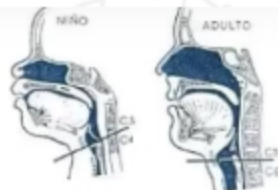
Abordaje General



BOX 165.5

AVPU System

A—Alert
V—Responds to verbal stimuli
P—Responds to painful stimuli
U—Unresponsive



Cuidados de enfermería en politraumatismos

Intervenciones Inmediatas

Manejo de la Vía
Aérea

Control de
Hemorragias

Soporte Circulatorio

Manejo del Dolor

Preparación para
Intervenciones
Quirúrgicas



Cuidados de enfermería en politraumatismos

Cuidados Continuos y Monitorización

Monitorización
Hemodinámica

Manejo Respiratorio

Manejo Neurológico

Prevención de
Complicaciones

Cuidado de las
Lesiones



Epidemiología

La epidemiología de la epilepsia estudia la prevalencia, incidencia, mortalidad, historia natural y potenciales factores de riesgo de la enfermedad. Sin duda, tales conocimientos son fundamentales en la planificación de la asistencia sanitaria de estos pacientes.

La persona con epilepsia está expuesta a riesgos:

- 1- riesgo de muerte prematura
- 2- riesgo de suicidio
- 3- Riesgo de morbilidad
- 4- riesgo de accidente de tránsito
- 5- riesgo de accidentes de trabajo
- 6- riesgo de discapacidad
- 7- riesgo de accidentes en la vida diaria
- 8- riesgo de ausencia laboral y hospitalización.

Mortalidad en epilepsia

- El riesgo de morir es de 1,3 a 3,1 superior al de la población general es mayor en grupos especiales



TRIADA DE LA EPILEPSIA

Síndrome de west. “Se inicia en la mayoría de los pacientes durante el 1er año de vida, dependiendo de la edad.”



Síndrome de Lennox- Gastaut. “pre-escolares”





CLASIFICACIÓN



LAS CRISIS PUEDEN SER

CRISIS PARCIALES

CRISIS PARCIAL SIMPLE
Sin alteración de la conciencia

CRISIS PARCIAL COMPLEJA
Con alteración de la conciencia

CRISIS GENERALIZADAS

Crisis generalizada Tónico-clónica

Crisis generalizada Mioclónicas

Crisis generalizada Atónica

Crisis generalizada Tónica

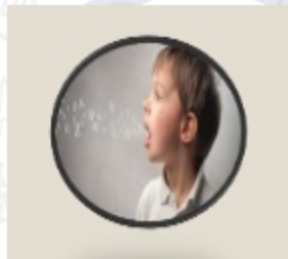
Crisis generalizada de Ausencia

Cuidados de enfermería en crisis convulsivas

Síntomas Pre-Ictales

- ❑ Vacío en el estomago
- ❑ Sofocos
- ❑ Cambios en la respiración
- ❑ Miedo
- ❑ Pánico
- ❑ Euforia (Estado mental y emocional en quela persona experimenta la sensación de alegría, bienestar.

Reconocer los síntomas comunes



Cuidados de enfermería en crisis convulsivas

Síntomas Ictales

- ❑ Conductas desorganizadas
- ❑ Conductas desinhibidas
- ❑ Amnesia
- ❑ Periodos de mente en blanco



Cuidados de enfermería en crisis convulsivas

Síntomas postictales

- ❑ Alteración de la personalidad
- ❑ Síntomas psicóticos, como alucinaciones, delirios, agresividad, manía.
- ❑ Depresión
- ❑ Confusión mental
- ❑ Movimientos masticativos de la boca, o cerrar o abrir los ojos continuamente.
- ❑ Dolor muscular
- ❑ Cansancio extremo



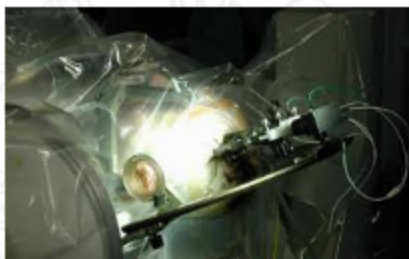
Cuidados de enfermería en crisis convulsivas

TRATAMIENTO

- ❖ EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA PUEDE INVOLUCRAR CIRUGÍA O MEDICACIÓN.

CIRUGIAS: cuando se deben a un tumor, vasos sanguíneos anormales o sangrado en el cerebro.

MEDICACIÓN: Para prevenir las convulsiones, llamados Anticonvulsivantes que pueden reducir el número de crisis futuras:



Cuidados de enfermería en crisis convulsivas

Cuidados de Enfermería

- Mantener vías aéreas permeables.
- Colocar el cuello en hiperextensión y colocar la cabeza de lado para facilitar la salida de las secreciones. (aspirar las secreciones es importante).
- No colocar objetos en la boca
- Administrar oxígeno durante las crisis por la hipoxia que se produce y más aún en los status epilépticos.
- Control de signos clínicos, no se debe tomar la temperatura oral
- Vigilar la coloración de la piel (enrojecimiento, palidez, cianosis)



Cuidados de enfermería en crisis convulsivas

Cuidados de Enfermería

- Evitar las lesiones del paciente, colocarlo en un lugar seguro
- Vigilar la posición del Paciente y controlar el tipo, tiempo y duración de las crisis.
- Evitar las ropas apretadas que pueden dificultar la respiración.
- Protegerlo de las lesiones, retirarlo de objetos cercanos que le pueden producir daño al Paciente.



PREGUNTAS

¿Cuál es la primera prioridad en la valoración inicial de un niño con politraumatismos?

- a) Evaluar la circulación y controlar las hemorragias
- b) Administrar analgésicos para el dolor
- c) Realizar una radiografía de tórax
- d) Asegurar la vía aérea con control cervical



PREGUNTAS

¿Cuál es la primera prioridad en la valoración inicial de un niño con politraumatismos?

- a) Evaluar la circulación y controlar las hemorragias
- b) Administrar analgésicos para el dolor
- c) Realizar una radiografía de tórax
- d) Asegurar la vía aérea con control cervical**

PREGUNTAS

¿Qué característica anatómica de los niños aumenta el riesgo de lesiones pulmonares graves sin fracturas costales visibles?

- a) Huesos más largos y flexibles
- b) Caja torácica más rígida
- c) Caja torácica más flexible
- d) Menor cantidad de grasa subcutánea

PREGUNTAS

¿Qué característica anatómica de los niños aumenta el riesgo de lesiones pulmonares graves sin fracturas costales visibles?

- a) Huesos más largos y flexibles
- b) Caja torácica más rígida
- c) Caja torácica más flexible**
- d) Menor cantidad de grasa subcutánea

PREGUNTAS

En la escala de coma de Glasgow pediátrica, ¿cuál de los siguientes es un signo de empeoramiento neurológico que requiere intervención inmediata?

- a) Pupilas isocóricas y reactivas
- b) Apertura ocular espontánea
- c) Respuesta verbal confusa
- d) Disminución en la respuesta motora a estímulos dolorosos

PREGUNTAS

En la escala de coma de Glasgow pediátrica, ¿cuál de los siguientes es un signo de empeoramiento neurológico que requiere intervención inmediata?

- a) Pupilas isocóricas y reactivas
- b) Apertura ocular espontánea
- c) Respuesta verbal confusa
- d) Disminución en la respuesta motora a estímulos dolorosos**

PREGUNTAS

Adolescente de 14 años que ha sufrido un accidente automovilístico, presenta una fractura de tibia y un hematoma subdural confirmado por tomografía.

Pregunta: ¿Cuál es la intervención más urgente?

- A) Inmovilización de la pierna y analgesia
- B) Preparación para cirugía neurológica
- C) Administración de diuréticos para reducir el edema cerebral
- D) Monitoreo continuo de la presión intracraneal

Adolescente de 14 años que ha sufrido un accidente automovilístico, presenta una fractura de tibia y un hematoma subdural confirmado por tomografía.

Pregunta: ¿Cuál es la intervención más urgente?

A) Inmovilización de la pierna y analgesia

B) Preparación para cirugía neurológica

C) Administración de diuréticos para reducir el edema cerebral

D) Monitoreo continuo de la presión intracraneal

INTOXICACIONES

Un **tóxico o veneno** es cualquier sustancia que, al ser ingerida, inhalada, absorbida por la piel o al generarse dentro del cuerpo en cantidades relativamente pequeñas, **producen lesión al organismo** por su acción química, tales lesiones están enmarcadas dentro del **deterioro de sistemas vitales, como respiratorios, cardíacos, digestivos y nerviosos, entre otros.**

Una de las **causas más comunes de accidentes en niños menores de seis años** es la ingestión de sustancias tóxicas.

Las sustancias tóxicas que los niños ingieren con mayor frecuencia son productos de **limpieza, fármacos y artículos de cuidado personal.**

INTOXICACIONES

FRECUENCIA ETIOLOGICA

Las intoxicaciones más frecuentes son las farmacológicas, destacando el **paracetamol** como la causa más habitual de intoxicación pediátrica. En cuanto a otros analgésicos, los accidentes son mucho menos usuales debido tal vez a factores como la menor presencia en los domicilios

La **segunda causa de intoxicación pediátrica**, en orden de frecuencia, es la ingesta de productos de uso doméstico que, salvo en casos excepcionales de almacenamiento inadecuado o intentos de autólisis, producen intoxicaciones casi de forma exclusiva en niños pequeños.

Los casos restantes están ocasionados por un conjunto heterogéneo de productos, como **intoxicaciones alcohólicas y drogas ilegales en adolescentes, intoxicaciones por monóxido de carbono** o metahemoglobinemias en **lactantes**, secundarias a la ingesta de puré de verduras preparado horas antes y conservado de modo inadecuado.

INTOXICACIONES

CLASIFICACION

1. Intoxicaciones voluntarias:

- Criminales.
- Suicidas.
- Toxicomanías (alcohol, cigarro, drogas).

2. Intoxicaciones accidentales.

- Domésticas.
- Laborales.

3. Intoxicaciones iatrogénicas.

4. Intoxicaciones alimentarias.

5. Intoxicaciones donde no tienen que ver fármacos.

- Detergentes.
- Disolventes orgánicos.
- Metales pesados.
- Insecticidas.

6. Intoxicaciones por fármacos.

- Analgésicos.
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINES).
- Salicilatos.
- Anticonvulsivos.
- Cardiovasculares.
- Broncodilatadores.

INTOXICACIONES

TRATAMIENTO DE SOPORTE - GENERAL

Soporte respiratorio: proporcionar oxígeno si fuera necesario, para favorecer el intercambio gaseoso.

Colocar en ventilación mecánica después de exposición a depresores del sistema nervioso central.

Soporte cardiaco: administrar cristaloides por vía intravenosa, para corregir el estado de choque y la hipotensión.

Homeostasis de líquidos: reemplazar las pérdidas de líquidos con reposición de electrolitos.

Hematológico: corregir las anemias con transfusiones de concentrados o recambio.

Método mecánico: La primera intervención a considerar es el lavado gástrico; sin embargo, su eficacia cae de forma drástica cuando ha pasado una hora desde la ingestión.

Absorbentes: El carbón activado es un polvo inodoro e insípido. Es la medida más eficaz de descontaminación gastrointestinal y puede administrarse sin evacuación gastrointestinal previa.

Catárticos - Laxantes: Aceleran el tránsito intestinal y disminuyen la absorción sistémica. Los más utilizados son el **sorbitol (2 mg/kg)** y el **citrato magnésico (4 a 8 mL/kg, máximo 300 mL)**. El sorbitol deberá utilizarse con precaución en niños menores de dos años, por pérdidas excesivas de líquidos y deshidratación.

Intensificación de la eliminación: Diuresis forzada por líquidos: aumenta la filtración glomerular e intensifica la eliminación de los fármacos que se excretan, en especial por el riñón. **(diálisis, hemodiálisis y hemo perfusión se reserva para los casos más graves)**

INTOXICACIONES

INTOXICACION CON ANALGESICOS

Paracetamol

Fármacos más empleados en la infancia. Dosis toxica – Daño hepático

Complicaciones:

Coagulación intravascular diseminada.

Pancreatitis aguda.

Intolerancia a los carbohidratos.

Miocarditis.

Hipofosfatemia.

Tratamiento:

Vaciamiento gástrico e instaurar tratamiento con N-acetilcisteína.

La **N-acetilcisteína** es efectiva en todo paciente intoxicado si el tratamiento se inicia antes de las 16 a 24 horas de ingerido el tóxico y si los niveles sanguíneos son compatibles con intoxicación.

INTOXICACIONES

INTOXICACION CON ANALGESICOS

Antiinflamatorios no esteroideos

Inhibidores potentes de la síntesis de las prostaglandinas, lo que les confiere propiedades como analgésicos, antitérmicos y antiinflamatorios. Las dosis elevadas pueden complicar las disfunciones hepáticas, y provocar convulsiones, depresión respiratoria y acidosis metabólica. La **exposición crónica** ocasiona insuficiencia renal crónica, daño gastroduodenal, colitis.

Salicilatos: La intoxicación por ácido acetilsalicílico ha disminuido debido a la introducción de otros analgésicos y antipiréticos; Las manifestaciones tóxicas aparecen en aquellos pacientes que ingieren más de 150 mg/kg.

Las concentraciones en sangre de **30 mg/100 mL** están asociadas con aparición de síntomas. Los pacientes que fallecen a causa de esta intoxicación lo hacen por **muerte cerebral**.

INTOXICACIONES

INTOXICACION CON ANALGESICOS

Antiinflamatorios no esteroideos

Cuadro Clínico

Compromiso de la conciencia, coma o convulsiones.

Deshidratación.

Hipertermia.

Respiración acidótica.

Hemorragia por boca (ocasional).

Oliguria.

Hiperpnea.

Náuseas y vómitos.

Sudoración.

Tratamiento

Descontaminación gastrointestinal.

Fluidoterapia, para reemplazar pérdidas, así como para reponer hipoglicemias.

Disminuir la hipertermia.

Vitamina K para disminuir el sangrado.

Alcalinización de la orina con potasio 3 a 5 mEq/kg/día.

Carbón activado

INTOXICACIONES

Antiinflamatorios no esteroideos

Toxicidad aguda

No resultan en morbilidad importante, con excepción de unos cuantos de ellos. Uno de los más importantes es la **dipirona (metamizol)**:

Irritabilidad, anorexia, letargo y, en los casos graves, coma y convulsiones.

De forma característica causa hipotermia, que puede evolucionar al choque hipotérmico, y el paciente puede morir por colapso vascular.

Tratamiento

Se inicia con medidas de apoyo orientadas a corregir el choque, mantener eutérmico al niño, controlar las convulsiones con diazepam y el sangrado digestivo.

Se debe continuar con diálisis gastrointestinal con carbón activado.

Por ser ácidos débiles, es útil la diuresis alcalina.

INTOXICACIONES

ANTICONVULSIVOS

VALPROATO

El ácido valproico tiene tres sales: sódica, magnésica y amida. Está indicado en especial en las crisis mioclónicas, en las tonicoclónicas y en las ausencias. Sus concentraciones plasmáticas terapéuticas son de 50 a 100 g/mL; **arriba de 120 g/mL, ya aparecen síntomas de toxicidad.**

La administración simultánea de fenobarbital o fenitoína, baja los niveles plasmáticos de valproato. El tratamiento es sintomático con medidas de apoyo.

Si el paciente está en coma, hay una buena respuesta terapéutica a la administración de **naloxona**. Debe administrarse carbón activado.

INTOXICACIONES

ANTICONVULSIVOS

FENITOINA

Anticonvulsivo más utilizado en el tratamiento de la epilepsia

La intoxicación aguda se inicia con ataxia, nistagmus, visión borrosa, diplopía (visión doble) y disartria. Las pupilas midriáticas responden de forma lenta a la luz. Puede ocurrir hiperglicemia.

Los niveles séricos se informan arriba de 10 a 20 g/mL, que son los de referencia.

El **tratamiento** incluye apoyo vital, diuresis alcalina y administración de carbón activado.

INTOXICACIONES

ANTICONVULSIVOS

FENOBARBITAL

Es un barbitúrico de acción prolongada, con vida media que puede superar las 100 horas; es también un ácido débil y, como todos los barbitúricos, sufre biotransformación hepática. Los niveles plasmáticos arriba de 40 a 60 g/mL se relacionan con el apareamiento de las manifestaciones tóxicas.

Los síntomas de la intoxicación aguda incluyen:

- Sopor.
- Desorientación.
- Nistagmus.
- Disartrias.

Tratamiento

Soporte vital, diuresis alcalina y administración de carbón activado.

Evoluciona al coma con respiración rápida, y superficial; en los casos graves, el coma es profundo y hay midriasis, con respuesta lenta a la luz.

Hay **hipotermia e hipotensión arterial, que precede al choque.**

INTOXICACIONES

CARDIOVASCULARES

DIGOXINA

Fármaco cardiovascular más utilizado en el mundo y por lo mismo, causa el mayor número de intoxicaciones.

El factor de riesgo más importante es el estrecho margen que existe entre las concentraciones plasmáticas terapéuticas (0.8 a 2.0 ng/mL) y las tóxicas (a partir de 2 ng/mL). Manifestaciones cardiacas más frecuentes:

- Bradicardia.
- Hipotensión.
- Trastornos del ritmo y la conducción.
- Bloqueos AV-SA.
- Bradicardia sinusal.
- Fibrosis ventricular.

Tratamiento

Las resinas de **colestiramina** pueden atrapar parte de digoxina en el aparato gastrointestinal y así reducir su absorción.

Lidocaína y neitoína, son eficaces en el tratamiento de las arritmias ventriculares desencadenadas por la intoxicación con digoxina.

INTOXICACIONES

BRONCODILATADORES

TEOFILINA

Los síntomas de intoxicación aguda y crónica son muy diferentes. La ingestión crónica se asocia con alto riesgo de convulsiones y arritmias. El margen terapéutico está entre **10 a 20 g/mL**. Después hay sobre dosificación aguda.

Las arritmias que comprometen la vida del paciente y las convulsiones, aparecen a concentraciones séricas de 80 a 100 $\mu\text{g/mL}$ o mayores.

Tratamiento:

Carbón activado inmediatamente 1 mg/kg.

Catártico iónico.

Tratamiento de los vómitos previo al carbón activado.

Niveles séricos de teofilina cada cuatro horas.

No inducir diuresis forzada por medio de líquidos.

Diazepam o fenobarbital para el tratamiento de las convulsiones.

Monitorizar la función cardíaca para detectar arritmias.

Considerar hemodiálisis o hemoperfusión en quienes no responden al tratamiento.

INTOXICACIONES

INTOXICACION POR HIERRO

La intoxicación por hierro es corriente en la infancia, debido a la frecuencia con que se encuentran las tabletas en muchas casas.

La gravedad de esta intoxicación depende de la cantidad de hierro elemental ingerido. En muy pocas ocasiones provoca la muerte.

Tratamiento

El tratamiento de la intoxicación por hierro debe iniciarse lo más pronto posible tras la ingestión de hierro, para que la efectividad sea máxima.

El principio básico es que debe impedirse el acúmulo de hierro en el hepatocito, puesto que una vez allí no puede ser eliminado y las lesiones son irreversibles.

Debe inducirse el vómito y es preferible al lavado gástrico para extraer las tabletas.

INTOXICACIONES

CUIDADOS ENFERMEROS

Evaluación Inicial Rápida

Evaluación de la vía aérea, respiración y circulación (ABC): Asegurar que la vía aérea esté despejada, evaluar la frecuencia y calidad de la respiración, y monitorizar los signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial).

Nivel de conciencia: Evaluar el estado neurológico del niño utilizando la escala de Glasgow o cualquier otra escala de valoración pediátrica adecuada.

Identificación del agente tóxico: Obtener información sobre el tipo de sustancia ingerida, la cantidad, la vía de exposición (oral, cutánea, inhalatoria), el tiempo transcurrido desde la exposición y cualquier síntoma presente.

Historia médica: Indagar sobre enfermedades preexistentes, alergias, medicamentos que esté tomando el niño y antecedentes de intoxicaciones previas.

INTOXICACIONES

CUIDADOS ENFERMEROS

Monitoreo y soporte vital

Monitoreo continuo de signos vitales: Incluyendo frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial y temperatura.

Monitoreo neurológico: Vigilar cambios en el estado de conciencia y signos de deterioro neurológico.

Control de la glucemia: La hipoglucemia puede ser común en algunas intoxicaciones, por lo que es importante monitorizar los niveles de glucosa en sangre.

INTOXICACIONES

CUIDADOS ENFERMEROS

Descontaminación

Lavado gástrico: Puede considerarse en algunos casos si la ingestión fue reciente (generalmente dentro de una hora) y si el niño está consciente y sin riesgo de aspiración.

Carbón activado: Puede administrarse para adsorber ciertos tóxicos y evitar su absorción sistémica, siempre y cuando esté indicado y sea seguro de administrar.

Irrigación cutánea u ocular: En casos de exposición a través de la piel o los ojos, se debe realizar un lavado con abundante agua.

INTOXICACIONES

CUIDADOS ENFERMEROS

Tratamiento Específicos

Antídotos específicos: Si existe un antídoto para la sustancia involucrada (por ejemplo, **naloxona** para intoxicaciones por **opiáceos**, **acetilcisteína** para intoxicación por **paracetamol**), administrarlo según protocolos.

Soporte respiratorio y cardiovascular: Iniciar medidas de soporte avanzado si es necesario, como administración de oxígeno, ventilación asistida, fluidoterapia.

Los **opioides** son una clase de drogas que incluyen opioides sintéticos como el fentanilo; analgésicos disponibles legalmente con receta médica como la oxicodona, la hidrocodona, la codeína, la morfina; la droga ilegal heroína, y muchos otros.

INTOXICACIONES

CUIDADOS ENFERMEROS

Prevención de complicaciones

Prevención de aspiración: Si el niño presenta vómitos o está inconsciente, colocarlo en posición de recuperación (de lado) para evitar aspiración.

Hidratación adecuada: Mantener una hidratación adecuada para prevenir complicaciones renales, especialmente en intoxicaciones que pueden causar insuficiencia renal.

Educación y apoyo familiar

Educar sobre medidas de prevención para evitar futuras intoxicaciones, como el almacenamiento seguro de medicamentos y productos químicos, entre otros.

No automedicar.

INTOXICACIONES

El médico para un tratamiento prescribe Fentanilo; sin embargo, al momento de la administración usted observa que presenta intoxicación asociada al fármaco. ¿Cuál es el antídoto que debe preparar para revertir la acción del medicamento?

Respuestas:

- Naloxana.
- Flumazenil.
- N-Acetilcisteína.
- Vitamina K.

INTOXICACIONES

El médico para un tratamiento prescribe **Fentanilo**; sin embargo, al momento de la administración usted observa que presenta intoxicación asociada al fármaco. ¿Cuál es el antídoto que debe preparar para revertir la acción del medicamento?

Respuestas:

- **Naloxana.**

- Flumazenil.

- N-Acetilcisteína.

- Vitamina K.

INTOXICACIONES

Paciente ingresa a emergencia aletargado, a la valoración de enfermería presenta vómitos y dolor abdominal en cuadrante superior derecho, los medios diagnósticos indican alteración en la función hepática y hepatomegalia, los resultados del análisis muestran una intoxicación por paracetamol. ¿Cuál es el antídoto que debe preparar para revertir la acción del medicamento?

Respuestas:

- Naloxana.
- Flumazenil.
- Vitamina K.
- N-Acetilcisteína.

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN LA ADOLESCENCIA



La depresión en pediatría es un problema de salud mental que afecta a niños y adolescentes. A diferencia de los adultos, los síntomas de depresión en los niños pueden no ser tan obvios y a menudo se manifiestan de manera diferente.

SINTOMATOLOGIA

Cambios en el Estado de Ánimo: Los niños pueden mostrar tristeza persistente, irritabilidad, llanto frecuente, o enojo. En adolescentes, puede haber una sensación de vacío o desesperanza.

Pérdida de Interés: Disminución en el interés por actividades que antes disfrutaban, como jugar, deportes, o socializar.

Problemas en la Escuela: Bajo rendimiento académico, falta de concentración, o disminución en la atención.

Cambios en el Sueño y el Apetito: Dificultades para dormir o dormir en exceso, así como cambios en el apetito (comer en exceso o falta de apetito).

La depresión en pediatría es un problema de salud mental que afecta a niños y adolescentes. A diferencia de los adultos, los síntomas de depresión en los niños pueden no ser tan obvios y a menudo se manifiestan de manera diferente.

SINTOMATOLOGIA

Fatiga o Pérdida de Energía: Sensación constante de cansancio o falta de energía, incluso con actividades mínimas.

Sentimientos de Inutilidad o Culpa: Pueden expresar sentimientos de ser inútiles o culpables por cosas que normalmente no tendrían importancia.

Pensamientos de Muerte o Suicidio: En casos más graves, pueden tener pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

DEPRESION

El trastorno depresivo mayor (TDM) requiere un **mínimo de 2 semanas de síntomas**, incluidos tanto un estado de ánimo deprimido como la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

Los síntomas psicóticos, que se observan en los casos graves de depresión mayor, suelen ser congruentes con el estado de ánimo (p. ej., alucinaciones auditivas despectivas, pensamiento delirante asociado a culpa).

Trastorno distímico

Es una forma crónica y más leve de depresión caracterizada por un estado de ánimo deprimido o irritable (subjetivamente o descrito por otras personas), presente durante al menos 1 año.

Se requieren también dos de los siguientes síntomas: cambios en el apetito; dificultad para dormir, fatiga; baja autoestima; mala concentración o dificultad en la toma de decisiones; y sentimientos de desesperanza.

DEPRESION

Depresión atípica

Es un TDM caracterizado por hipersomnia, aumento del apetito con ansia de hidratos de carbono, aumento de peso, sensibilidad al rechazo interpersonal y reactividad del estado de ánimo.

Trastorno de ajuste con estado de ánimo deprimido

Es el trastorno depresivo más frecuente en los niños y los adolescentes.

Los síntomas se inician en los 3 meses posteriores al factor de estrés identificable (p. ej., pérdida de una relación), con afectación excesiva respecto a lo esperado e interferencia con la función social, ocupacional o escolar.

Los síntomas no deben cumplir los criterios para otro trastorno psiquiátrico, no deben estar producidos por la muerte de un ser querido y no deben durar más de 6 meses después de que el factor de estrés haya desaparecido



DEPRESION

Tratamiento

Para casos leves a moderados de depresión, la psicoterapia puede ser la primera línea de tratamiento. La **fluoxetina** es el único agente aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) estadounidense para el tratamiento de pacientes jóvenes.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS): Son los antidepresivos más comúnmente recetados para niños y adolescentes.

Fluoxetina: El único antidepresivo ISRS aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión en niños a partir de los 8 años.

Sertralina: A menudo usado para tratar la depresión y los trastornos de ansiedad en adolescentes.

Escitalopram: También aprobado para adolescentes a partir de los 12 años.

Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN): Son menos comúnmente usados pero pueden ser considerados en algunos casos.

Venlafaxina: Utilizada en algunos adolescentes bajo supervisión cuidadosa.

Tratamiento

Terapia Psicológica: Terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia interpersonal, o terapia de juego pueden ser efectivas.

Apoyo Familiar: Involucrar a la familia en el tratamiento es esencial para el éxito a largo plazo.

Cambios en el Estilo de Vida: Actividad física regular, una dieta equilibrada, y un sueño adecuado ayudan a mejorar los síntomas de depresión.

Monitorear regularmente los síntomas de depresión y su evolución, así como posibles efectos secundarios de los medicamentos antidepresivos. Mantener un registro detallado de los cambios en el estado de ánimo, comportamiento y respuestas al tratamiento.

Evaluar el entorno familiar y social del niño para identificar factores de riesgo o estresores que puedan estar contribuyendo a la depresión. Esto incluye la identificación de conflictos familiares, acoso escolar (bullying), o problemas académicos.

Suicidio

El suicidio en pediatría es un tema muy preocupante y delicado, ya que implica la presencia de ideación suicida o comportamientos suicidas en niños y adolescentes.

Factores de riesgo

Problemas de salud mental: Trastornos como la depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), y trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) pueden aumentar el riesgo.

Historia familiar: Antecedentes de suicidio en la familia o de problemas de salud mental pueden aumentar el riesgo.

Experiencias traumáticas: Abuso físico, emocional o sexual, bullying, o pérdida significativa pueden ser factores desencadenantes.

Uso de sustancias: El consumo de alcohol y drogas puede aumentar la vulnerabilidad.

Acceso a medios letales

Cuidados enfermeros

Identificar signos de ideación suicida, antecedentes de intentos previos, presencia de planes específicos de suicidio, y factores de riesgo como problemas de salud mental, experiencias traumáticas, y acceso a medios letales.

Es esencial escuchar activamente y mostrar comprensión sin juzgar.

Atento a cambios en el comportamiento del niño o adolescente, como alteraciones en el sueño, cambios en el apetito, aislamiento social, y conductas autolesivas.

Si se identifica un riesgo inminente de suicidio, es crucial garantizar la seguridad del paciente. Esto puede implicar supervisión constante.

Proporcionar un entorno donde el paciente se sienta comprendido y apoyado.

Participar en la implementación de programas educativos y preventivos en escuelas y comunidades para aumentar la conciencia sobre la salud mental y la prevención del suicidio.

ADICCIONES

La edad a la que comienzan a utilizarse drogas ilegales está disminuyendo (< 12 años), y las niñas están superando a los niños en cuanto a su consumo. **Un 90% de los adultos fumadores comenzaron su hábito durante los años de adolescencia.**

El consumo de marihuana y de drogas estimulantes muestra también una tendencia al alza.

El consumo de inhalantes (solventes de pegamento, aerosoles) tiene mayor prevalencia en los adolescentes más jóvenes.

El consumo por parte de adolescentes de estratos económicos altos de drogas de diseño (**metanfetamina**) y las llamadas drogas de violación (**flunitrazepam**).

El consumo de esferoides anabolizantes ha aumentado en los hombres adolescentes que buscan mejorar su rendimiento deportivo.

Test de adicción en adolescentes (CRAFT) Instrumento de detección

Tabla 71-1 CRAFT: herramienta para el cribado del uso de drogas en adolescentes		
C	Coche	Conducción bajo la influencia de drogas
R	Relajarse	Consumo de drogas para relajarse, adaptarse, encontrarse mejor
A	A solas	Consumo de drogas/alcohol a solas
F	Olvido (<i>Forgetting</i>)	Se olvidan cosas como consecuencia de las drogas/alcohol
F	Familia/amigos	Familia y amigos piden al adolescente que pare/reduzca el consumo
T	Problemas (<i>Trouble</i>)	A consecuencia de las drogas/alcohol se mete en problemas

El tratamiento específico del consumo de drogas por adolescentes depende de muchos factores individuales de cada paciente. Debido a la naturaleza altamente adictiva (física y psicológica) de muchas drogas, está indicado el uso de instituciones residenciales para tratamiento de la drogadicción, especialmente para los adolescentes más jóvenes.

Test de adicción en adolescentes (CRAFT) Instrumento de detección

Test de CRAFT

(Car Relax Alone Forget Friends Trouble)

Responde las siguientes preguntas sobre alcohol y drogas de la manera más sincera posible.

PARTE A: Durante los últimos 12 meses

1. ¿Has consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos de bebidas alcohólicas consumidas durante reuniones familiares o religiosas)? ☐ No ☐ Sí
2. ¿Has fumado marihuana o probado hachís? ☐ No ☐ Sí
3. ¿Has usado algún otro tipo de sustancias que alteren tu estado de ánimo o de conciencia? ☐ No ☐ Sí

NO (a todas las preguntas anteriores): Pasar a la pregunta B1 solamente.

SI (a cualquier pregunta anterior): Pasar a las 6 preguntas CRAFT.

PARTE B: Preguntas CRAFT

1. ¿Alguna vez has andado en un auto manejado por alguien (Incluyéndote a ti mismo) que estuviera "volado" o que estuviera consumiendo alcohol o drogas? ☐ No ☐ Sí
2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo? ☐ No ☐ Sí
3. ¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas estando solo? ☐ No ☐ Sí
4. ¿Has olvidado alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas? ☐ No ☐ Sí
5. ¿Te ha dicho tu familia o amigos que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas? ☐ No ☐ Sí
6. ¿Te has metido alguna vez en problemas mientras estabas bajo la influencia del alcohol o las drogas? ☐ No ☐ Sí

Puntaje CRAFT

(Suma puntaje de preguntas B1-B6 - 1 punto por cada SI)

0-1 puntos: Te recomendamos no consumir alcohol ni otras sustancias. Si tienes dudas consulta a un profesional de salud.

2-6 puntos: Es necesario ser evaluado por un profesional de salud mental para realizar un diagnóstico adecuado.

TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Los trastornos alimentarios son enfermedades crónicas frecuentes en los adolescentes, especialmente en las mujeres.

Tabla 70-1 Hitos de la adolescencia normal

FASE PSICOLÓGICA	ASPECTOS QUE PUEDEN DESENCADENAR TRASTORNOS ALIMENTARIOS
Adolescencia precoz: aumento de la conciencia corporal	Miedo a crecer
Adolescencia media: aumento de la timidez	Rebeldía
	Competencia y logro
Adolescencia tardía: identidad	Ansiedad y preocupación por el futuro
	Necesidad de control

Factores de riesgo

Genéticos y biológicos: Algunos niños pueden tener una predisposición genética a los trastornos alimenticios. También pueden estar influenciados por cambios hormonales y del desarrollo durante la pubertad.

Psicológicos: Baja autoestima, perfeccionismo, ansiedad, y depresión son factores que pueden contribuir al desarrollo de trastornos alimenticios.

Socioculturales: La presión para cumplir con ciertos estándares de belleza, la influencia de los medios de comunicación y la cultura de la dieta pueden desempeñar un papel significativo.

TRASTORNOS ALIMENTICIOS

ANOREXIA NERVIOSA

Caracterizada por la **restricción severa de la ingesta de alimentos**, una obsesión por la delgadez y un miedo intenso a ganar peso. Los niños y adolescentes con anorexia pueden tener una imagen corporal distorsionada y se ven a sí mismos como con sobrepeso, incluso si están peligrosamente delgados.

El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario que incluya un programa de alimentación y terapia individual y familiar. El primer paso es restablecer el peso corporal. Puede ser necesaria la hospitalización. Cuando se ha logrado el 80% del peso normal, se da libertad a la paciente para ganar peso a un ritmo personalizado

Tabla 70-3 Cuándo hospitalizar a un paciente anoréxico

Pérdida de peso >25% del peso ideal*
Riesgo de suicidio
Bradicardia, hipotermia
Deshidratación, hipopotasemia, arritmias
Fracaso del tratamiento ambulatorio

Tabla 70-2 Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa

Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo o en el mínimo normal para la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que conlleva un peso corporal <85% del ideal)*
Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en gordo/a, incluso aunque piense que su peso actual es bajo
Negación de la importancia del bajo peso corporal: alteración de la manera de percibir el propio cuerpo o la propia silueta
Amenorrea en mujeres posmenárquicas*

TRASTORNOS ALIMENTICIOS

BULIMIA NERVIOSA

Implica episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos seguidos de conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso, como el vómito autoinducido, el uso excesivo de laxantes, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Se producen anomalías metabólicas por los vómitos excesivos o la toma de laxantes y diuréticos. Los episodios de trastorno alimentario compulsivo y de pérdida de control sobre la comida ocurren con frecuencia en mujeres jóvenes con ligero sobrepeso y antecedentes de realización de dietas.

Tabla 70-4 Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa

Episodios recurrentes de trastorno alimentario compulsivo, al menos dos veces a la semana durante 3 meses, caracterizados por lo siguiente:

Comer en un período concreto de tiempo una cantidad de comida claramente superior a la que la mayor parte de la gente podría comer en un tiempo similar

Sensación de falta de control sobre la comida durante el episodio (p. ej., sensación de que no puede parar de comer ni controlar qué o cuánto comer)

Comportamiento compensador para evitar la ganancia de peso (p. ej., vómitos autoinducidos, uso inadecuado de laxantes o diuréticos, ejercicio excesivo)

Autoevaluación inadecuada influida por la silueta corporal y el peso

La alteración no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa

Las pacientes con bulimia nerviosa pueden responder al tratamiento antidepresivo debido a que con frecuencia presentan alteraciones de la personalidad, dificultad para el control de impulsos y antecedentes familiares de trastornos afectivos.

TRASTORNOS ALIMENTICIOS

CUIDADOS ENFERMEROS

Monitorizar signos vitales, peso, índice de masa corporal (IMC), y signos de desnutrición o complicaciones médicas (como bradicardia, hipotensión, deshidratación, entre otros).

Observar signos de depresión, ansiedad, conductas autolesivas o ideación suicida. Es crucial identificar pensamientos y comportamientos relacionados con la imagen corporal y la percepción del peso.

En casos de deshidratación severa, desequilibrios electrolíticos o comportamientos suicidas, administrar la medidas de soporte adecuada.

Fomentar una comunicación abierta y sin juicios.

Realizar controles regulares para identificar precozmente signos de complicaciones como desequilibrio electrolítico, problemas cardíacos.

Ayudar al paciente a desarrollar estrategias saludables para manejar el estrés, la ansiedad y las emociones negativas

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

Estas infecciones pueden afectar a neonatos, niños y adolescentes y pueden transmitirse de diversas maneras, incluyendo durante el parto, a través de contacto sexual, o en algunos casos, por contacto no sexual.

Herpes Simple

Se presenta en dos tipos principales: VHS-1 (generalmente asociado con infecciones orales) y VHS-2 (generalmente asociado con infecciones genitales). En pediatría, el herpes simple puede afectar a recién nacidos, niños y adolescentes.

Herpes Simple Tipo 1 (VHS-1):

Transmisión: Se transmite principalmente a través de contacto directo con saliva infectada, lesiones o superficies mucosas. Es común en la infancia debido al contacto cercano con familiares o cuidadores.

Síntomas: Causa lesiones en los labios y la boca, conocidas como herpes labial o calenturas. En algunos casos, puede causar estomatitis herpética (infección de la boca y encías) o gingivostomatitis.

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

VIH-SIDA

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) pueden afectar a los niños y adolescentes; La infección por VIH en pediatría puede ser adquirida de diversas maneras.

Transmisión

Transmisión Vertical (de madre a hijo):

Durante el embarazo: La transmisión puede ocurrir a través de la placenta.

Durante el parto: El bebé puede estar expuesto al VIH a través del canal del parto.

Durante la lactancia: La transmisión puede ocurrir a través de la leche materna.

Transmisión Horizontal:

Contactos sexuales: Aunque es menos común en niños prepuberales, los adolescentes pueden contraer el VIH a través de prácticas sexuales sin protección.

Contacto con sangre contaminada: Uso compartido de agujas o exposición a sangre infectada.



INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

VIH-SIDA

Manifestación Clínica

En Recién Nacidos y Niños Pequeños:

Síntomas Neonatales: Retraso en el crecimiento, infecciones recurrentes, erupciones cutáneas, y problemas respiratorios.

Síntomas Crónicos: Infecciones recurrentes, diarrea crónica, retraso en el desarrollo, y ganglios linfáticos agrandados.

En Adolescentes:

Síntomas Infecciosos: Infecciones oportunistas como neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y candidiasis oral.

Síntomas Sistémicos: Fiebre, pérdida de peso, fatiga, y erupciones cutáneas.

Terapia Antirretroviral (TAR):

Objetivo: Suprimir la carga viral a niveles indetectables y mantener la función inmunológica.

Ejemplos: Tenofovir, emtricitabina, efavirenz, dolutegravir.

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

VIH-SIDA

Prevención

Prevención de la Transmisión Vertical:

Tratamiento de la Madre: Administrar TAR durante el embarazo y el parto para reducir el riesgo de transmisión al bebé.

Tratamiento del Recién Nacido: Administrar medicamentos profilácticos después del nacimiento si la madre tiene VIH.

Educación y Consejería:

Prácticas Sexuales Seguras: Educación para adolescentes sobre la prevención del VIH mediante el uso de preservativos y prácticas sexuales seguras.

Prevención de la Transmisión por Sangre: Evitar el uso compartido de agujas y proporcionar educación sobre el manejo seguro de sangre.

PREGUNTAS

¿Cuál de los siguientes es un síntoma característico de la depresión en niños y adolescentes que puede diferir de los síntomas típicos en adultos?

Respuestas:

- a) Tristeza persistente y pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas
- b) Agitación o irritabilidad en lugar de tristeza evidente
- c) Alteraciones significativas en el apetito y el sueño

PREGUNTAS

¿Cuál de los siguientes es un síntoma característico de la depresión en niños y adolescentes que puede diferir de los síntomas típicos en adultos?

Respuestas:

- a) Tristeza persistente y pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas
- b) Agitación o irritabilidad en lugar de tristeza evidente**
- c) Alteraciones significativas en el apetito y el sueño

PREGUNTAS

En niños y adolescentes, la depresión a menudo se manifiesta más como irritabilidad y agitación en lugar de la tristeza profunda y persistente que es más común en los adultos. Los jóvenes pueden expresar su malestar a través de cambios en el comportamiento, como enfados frecuentes o irritabilidad, en lugar de mostrar tristeza clara.

Opción a: Aunque la tristeza persistente y la pérdida de interés en actividades son síntomas clásicos de la depresión, en niños y adolescentes, estos síntomas pueden no ser tan evidentes. En su lugar, pueden presentar síntomas más relacionados con la irritabilidad y el comportamiento disruptivo.

Opción c: Las alteraciones en el apetito y el sueño son síntomas comunes de la depresión tanto en adultos como en niños. Sin embargo, no son síntomas exclusivos de la depresión en pediatría y pueden ser observados en otros trastornos. **La irritabilidad es un síntoma más distintivo en la depresión infantil** que puede diferenciarla de la depresión en adultos.

PREGUNTAS

¿Cuál de los siguientes es un signo común de anorexia nerviosa en adolescentes que puede diferir de los síntomas observados en adultos?

Respuestas:

- a) Preocupación excesiva por la imagen corporal y el peso
- b) Comportamiento de atracones seguidos de purgas
- c) Negativa a comer y rigidez en las rutinas alimentarias

PREGUNTAS

¿Cuál de los siguientes es un signo común de anorexia nerviosa en adolescentes que puede **diferir de los síntomas observados en adultos**?

Respuestas:

- a) Preocupación excesiva por la imagen corporal y el peso
- b) Comportamiento de atracones seguidos de purgas
- c) Negativa a comer y rigidez en las rutinas alimentarias**

PREGUNTAS

En adolescentes, la anorexia nerviosa a menudo se presenta con una negativa a comer y una rigidez extrema en las rutinas alimentarias, que puede incluir horarios de comida estrictos o la eliminación de grupos enteros de alimentos. Esto puede ser más pronunciado en adolescentes que en adultos y se manifiesta a menudo como un rechazo absoluto a la comida y la imposición de rituales alimentarios.

Opción a: La preocupación excesiva por la imagen corporal y el peso es común tanto en adolescentes como en adultos con anorexia nerviosa. Aunque es un signo importante, no es exclusivo de los adolescentes y no refleja una diferencia clave en la presentación entre adolescentes y adultos.

Opción b: El comportamiento de atracones seguido de purgas es más característico de la **bulimia nerviosa** en lugar de la anorexia nerviosa. Aunque algunos adolescentes con anorexia pueden presentar comportamientos de purga, esto es menos típico que la rigidez en las rutinas alimentarias y la negativa a comer, que son más distintivos en la anorexia nerviosa.

PREGUNTAS

¿Cuál de las siguientes infecciones de transmisión sexual en pediatría es más comúnmente transmitida de madre a hijo durante el parto y puede causar conjuntivitis neonatal?

Respuestas:

- a) Clamidia
- b) Gonorrea
- c) Soriasis

PREGUNTAS

¿Cuál de las siguientes infecciones de transmisión sexual en pediatría es más comúnmente transmitida de madre a hijo durante el parto y puede causar conjuntivitis neonatal?

Respuestas:

- a) Clamidia
- b) Gonorrea**
- c) Soriasis

PREGUNTAS

La gonorrea es una infección de transmisión sexual que puede ser transmitida de madre a hijo durante el parto. Esta infección es conocida por causar conjuntivitis gonocócica en los recién nacidos, una inflamación severa de la conjuntiva que puede presentarse poco después del nacimiento. Es una de las ITS que se deben considerar en el contexto de la transmisión vertical durante el parto.

Aunque la sífilis puede ser transmitida de madre a hijo durante el embarazo (transmisión vertical) y causar una serie de problemas graves en el recién nacido, como lesiones cutáneas, problemas óseos, y daño a órganos internos, la conjuntivitis neonatal no es el síntoma más común asociado con sífilis al momento del nacimiento.